



مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندتئوری

فاطمه نعمتی سوگلی تپه^۱، محمد خالدیان^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف انجام یک مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندتئوری انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر، روش کیفی گراندتئوری بود. جامعه پژوهش حاضر شامل همه افراد مراجعه کننده به یک کلینیک ترک اعتیاد در شهرستان قروه در سال ۱۳۹۹ بود که بعد از یک دوره مصرف مواد مخدر به مدت حداقل ۴ ماه دوره پرهیز داشتند، اما مجدد دچار عود شده بودند. از این بین، ۱۷ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. به منظور تسهیل در فرآیند کدگذاری و تحلیل از نرم افزار MAXQDA استفاده گردید. **یافته‌ها:** عوامل تاثیرگذار در عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد شامل: الف) عوامل زمینه ساز شامل عوامل فردی، روانی و بین فردی؛ ب) عوامل آشکار ساز شامل عوامل خانوادگی؛ ج) عوامل تداوم - بخش شامل عوامل اجتماعی، فرهنگی و عوامل محیطی؛ و د) عوامل تشدید کننده شامل عوامل درمانی، شناسایی و استخراج گردید. **نتیجه گیری:** عوامل متعددی در عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد نقش دارند که می توان با شناسایی آن‌ها در محیط‌ها، فرهنگ‌ها و جوامع مختلف اقدامات پیشگیرانه را تنظیم و تدوین نمود و زمینه آگاهی عمومی را ایجاد نمود.

کلیدواژه‌ها: عود مجدد، سوء مصرف مواد مخدر، اعتیاد، گراندتئوری

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: مربی، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: mohamad_khaledian22@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد، بیماری روانی بازگشت پذیر، عودکننده و مزمنی است که به اختلال‌های انگیزشی شدید زیانبار و فقدان تسلط رفتاری منجر می‌شود. آمار قابل ملاحظه‌ای از جمعیت جهان، مصرف مواد مخدر دارند و بیش از ۱۲ درصد از مرگ و میرها مربوط به اعتیاد است. فرد معتاد به مرور زمان و در اثر مصرف مستمر، کنترل و تسلط رفتاری خود را به طور کامل از دست می‌دهد و فقط وجود مواد اعتیادآور در سیستم عصبی مغز می‌تواند تعادل جسمی و روانی او را حفظ کند (اوژند، آزادفلاح و رسولزاده طباطبایی، ۱۳۹۵). طبق آخرین آمارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور در سال ۱۳۹۷، در ایران حدود ۴ میلیون نفر مصرف‌کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر وجود دارد که حدود ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر آنها مصرف‌کننده مستمر می‌باشند؛ پس در صورت محاسبه این تعداد با بعد خانوار، حدود ۱۱ میلیون نفر، درگیر پدیده اعتیاد و مواد مخدر می‌باشند (حاجیه‌ها و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۹). پس می‌توان بیان نمود که اگر هر فردی، حداقل ۲۰۰۰ تومان هزینه مواد مخدر کند خسارت وارده به کشور روزانه حدود شش میلیارد تومان خواهد بود (عیسی‌زادگان، شیخی، حافظ‌نیا و کارگری، ۱۳۹۳). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، اعتیاد به مواد مخدر و افیونی، عامل مرگ و میر تقریباً دوست هزار نفر بوده است؛ و همچنین در سراسر جهان حدود ۲۰۰ میلیون نفر بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سالگی، هر ساله یک یا بیشتر از یک داروی غیرقانونی مصرف می‌کنند، که حدود ۲۵ میلیون به عنوان سوءمصرف‌کننده مواد طبقه‌بندی می‌شوند (کیانی‌پور و پورزاد، ۱۳۹۱). اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی، یکی از مهمترین مشکلات بشر در عصر حاضر و به عنوان دومین اختلال روانی به حساب می‌آید که مشکلات متعدد از جمله جسمانی و روانی را برای فرد، خانواده و جامعه، ایجاد و تاثیر به‌سزایی در فرایندهای شناختی و رفتاری خواهد داشت (کازمیان‌مقدم، ۱۳۹۹). در حال حاضر در ایران آمار دقیق و موثقی از این که چند درصد از افراد ترک کرده و بهبودیافته، مجدداً به مواد مخدر بازگشت دارند، وجود ندارد، اما آمار افزایش مصرف‌کنندگان مواد مخدر و سوءمصرف مواد می‌تواند بیانگر این واقعیت

باشد که روش‌های درمانی مختلف و راهکارهای صورت گرفته تاکنون موفقیت‌آمیز یا جامع نبوده و نتوانسته از عود و بازگشت، پیشگیری کند و مانعی برای مصرف مجدد باشد (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷). سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد، فراگیر شده و حتی در دوده اخیر میزان مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد افیونی برای بومیان آمریکا و آلاسکا بطور مداوم افزایش یافته و در سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۳ چهار برابر شده و به نوعی که از ۱/۳ به ۱/۵ درصد رسیده است (زلدونا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). افزایش میزان سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد و استفاده از مواد افیونی و مرگ ناشی از مصرف زیاد و دوز بالا در ایالات متحده به یک بحران بهداشت عمومی تبدیل شده است. مرگ‌های مرتبط با مصرف مواد افیونی در سال ۲۰۱۷ شش برابر بیشتر از سال ۱۹۹۹ بود و مرگ و میر ناشی از فتانیل از سال ۲۰۱۶ حدود ۴۵ درصد افزایش یافته است (لاریسا^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). آمارهای مختلف حاکی از آن هستند که حدود ۴۰ درصد از مردم آمریکا در دورانی از زندگی خود سابقه مصرف حداقل یک ماده غیرمجاز را داشته‌اند که هزینه آن حدود ۲۰۰ میلیارد دلار در سال برآورد شده است. در کشور ایران سالانه حدود ۸ درصد به آمار مصرف کنندگان مواد مخدر اضافه می‌شود و یکی از بزرگ‌ترین مصرف کنندگان مواد مخدر در جهان می‌باشد که ممکن است یکی از دلایل آن همجواری و نزدیکی و داشتن ۱۹۲۵ کیلومتر مرز مشترک با افغانستان به عنوان بزرگ‌ترین تولیدکننده خشخاش و تریاک جهان باشد (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹). ایران به این دلیل که در مسیرهای اصلی حمل و نقل این مواد قرار دارد و همچنین به دلایل تاریخی و اجتماعی، یکی از قربانیان بزرگ مواد مخدر در جهان به شمار می‌آید (خالدیان، ۱۳۹۶).

ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائل مهمی است که همیشه و در همه حال مورد توجه مصرف کنندگان مواد مخدر و خانواده‌های آن‌ها و حتی مسئولین می‌باشد. ترک جسمانی مواد مخدر از طریق درمان‌ها و روش‌های مختلف میسر بوده و چندان مشکل نیست اما مشکل و مسئله اصلی، بازگشت و مصرف مجدد و شروع دوباره آن است؛ در پژوهشی در کشور تایوان میزان عود و بازگشت افراد به اعتیاد و مصرف مجدد پس از یک

دوره ترک حدود ۷۰ درصد گزارش شده که بر همین اساس بسیاری از کارشناسان و متخصصین از اصطلاح اختلال مزمن، بازگشت پذیر و عودکننده برای توصیف و تشریح اعتیاد استفاده می کنند (صفری حاجت آقایی، کمالی، دهقانی فیروزآبادی و اصفهانی، ۱۳۹۳). اعتیاد یک بیماری عودکننده مزمن است که مشکلات جدی ایجاد می کند و زندگی جسمی، اجتماعی و روانی افراد را مختل می کند؛ این ویژگی با رفتارهایی مانند استفاده مداوم از دارو علی رغم پیامدهای منفی آن، استفاده غیرقابل کنترل مواد، و ولع مصرف مشخص می شود (رحمتی، زراعت حرفه و حسینی، ۲۰۱۹). یکی از مسائل مهم در بحث اعتیاد و ترک آن، بازگشت و عودهای مکرر و مصرف مجدد این افراد می باشد، از این رو شناسایی و آگاهی از عوامل مخاطره آمیز در بازگشت و مصرف مجدد، افراد و حتی درمانگران را قادر می سازد تا از بازگشت و عود فاجعه آمیز به مصرف مجدد، پیشگیری و جلوگیری کنند، لذا برای این منظور بایست با یک دیدگاه جامع و چندوجهی و در نظر گرفتن همه جوانب به درمان اعتیاد پرداخته شود (راطق و فرهادی، ۱۳۹۸). اعتیاد به مواد، یک اختلال مزمن، پیچیده، عودکننده و بازگشت پذیر است که حتی با وجود پیامدهای منفی فاجعه آمیز باز هم مصرف مواد تداوم می یابد. این معضل بزرگ یکی از جدی ترین آسیب های اجتماعی در سطح جامعه جهانی است، به طوری که سلامت فرد، خانواده و جامعه را در ابعاد مختلف به خطر می اندازد و حتی موجبات انحطاط و نابودی روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می آورد (اسدی و پرزور، ۱۳۹۹). اعتیاد و مصرف مواد مخدر قابل پیشگیری و درمان است، اما درمان آن فرایند پیچیده ای دارد؛ زیرا اعتیاد ابعاد گوناگون و جنبه های مختلف زندگی فرد را درگیر و مختل می کند. بنابراین هدف از درمان اعتیاد و مصرف مواد مخدر علاوه بر قطع و ترک مواد توسط فرد معتاد باید بازگشت فرد به زندگی عاری از مصرف و سبک زندگی بدون اعتیاد و به دست آوردن کارکرد طبیعی و سالم فرد در زندگی فردی، خانوادگی، محل کار و اجتماع باشد (هاشمی مقدم، ترکان و یوسفی، ۱۳۹۹). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری

اختلالات روانی^۱ اعتیاد و مصرف مواد مخدر دربرگیرنده نشانه‌ها و علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که در سه نوع رفتار، مشهود و قابل مشاهده می‌باشد الف) فرد به رغم داشتن مشکلات متعدد در زمینه‌های مختلف بازهم به مصرف مواد ادامه می‌دهد، ب) فرد بارها مصرف مواد را ترک می‌کند ولی مجدد به سمت مواد گرایش و مصرف را از سر می‌گیرد و ج) هر زمان و در هر موقعیتی که در معرض محرک‌های مرتبط با اعتیاد قرار بگیرد وسوسه شده و هوس مصرف دوباره به وی دست داده و امکان لغزش به وجود می‌آید (هاشمی مقدم و همکاران، ۱۳۹۹).

آمارهای بین المللی نشان می‌دهد که میزان عود مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر و بازگشت و مصرف مجدد همچنان بالا است؛ این امر منجر به افزایش علاقه علمی به موضوع عود و بازگشت شده است که افزایش آگاهی و دانش در این زمینه می‌تواند منجر به استراتژی‌های مدیریت عود و کاهش آسیب گردد (کلین^۲، ۲۰۲۱). سازمان بهزیستی اعلام نموده که حدود ۹۰ درصد معتادان ترک کرده، دوباره به اعتیاد بازمی‌گردند و این قطع مصرف، چند هفته یا چند ماه بیشتر دوام نمی‌یابد (صفری و موسوی زاده، ۱۳۹۳). در پژوهش کسانی، نیازی، حسن زاده و مناتی (۲۰۱۵) نرخ عود یا بازگشت به مصرف بعد از ترک حدود ۳۰/۴ درصد گزارش شده است. مطالعات مختلف در مورد اثربخشی برنامه های ترک اعتیاد نشان داده‌اند که ۷۵ درصد افرادی که دوره درمان را طی و کامل نموده اند در فاصله یکسال پس از تکمیل درمان و ترک، عود و بازگشت و مصرف مجدد داشته اند (اسلام دوست، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات و پژوهش‌های مختلف ضرورت و اهمیت پیگیری معتادان درمان شده و افراد ترک کرده و پاک (در یک فاصله زمانی معین) را نشان می‌دهند و به نظر می‌رسد که پیگیری در طول یک سال پس از تکمیل دوره درمان و حتی آگاهی از عوامل عودکننده می‌تواند به موفقیت بیشتر افراد در پرهیز از مصرف مجدد مواد مخدر منجر شود (اسلام دوست، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش غلامی آبینز، عنایت و خسروی (۱۳۹۹) با موضوع تجربه زیسته‌ی زنان از خانواده نابسامان در فرایند اعتیاد نشان داد که

روابط اجتماعی فروپاشیده و فشارهای اجتماعی موجود در خانواده در کنار شرایطی نظیر ترک تحصیل و سطح تحصیلات پائین، اجبار در انتخاب همسر و تجربه شکست و سرخوردگی در زندگی خانوادگی پیوندهای چندجانبه‌ای با اعتیاد زنان دارند. نتایج پژوهش خمرنیا و پیوند (۱۳۹۷) با موضوع علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی نشان داد که اختلافات خانوادگی، شرایط بد کمپ، بیکاری و وسوسه فردی از دید افراد معتاد علل اصلی بازگشت به اعتیاد می‌باشد؛ همچنین از دیدگاه این افراد، انتخاب کمپ ترک اعتیاد مناسب، حمایت و نظارت بیشتر خانواده، عدم تنبیه توسط خانواده، حمایت عاطفی، تغذیه‌ای و شغلی پس از ترک از مهم‌ترین راهکارها جهت پیشگیری از بازگشت به مواد مخدر می‌باشد. نتایج پژوهش راطق و فرهادی (۱۳۹۸) با موضوع بررسی کیفی علل عود مواد در معتادان نشان داد که به صورت کلی سه عامل فردی (نقص در نگرش نسبت به مواد، عدم کنترل تکانه، عدم دانش و آگاهی، فشار عاطفی، نبود مهارت جرات‌ورزی و حل مسئله، دوری از معنویت و ...)؛ عوامل روانی (استرس شغلی، افسردگی، شخصیت ضد اجتماعی، نبود عزت نفس و اعتماد به نفس، استرس، پرخاشگری و ...) و عامل اجتماعی (تعارض با اجتماع، عدم حمایت اجتماعی، سرمشق‌گیری غلط، دوستان ناباب، طلاق والدین و ...) موجب بازگشت و عود و مصرف مجدد در افراد ترک کرده می‌باشد. نتایج پژوهش زند، شمس، شاکری و چترزین (۱۳۹۶) با موضوع رابطه بین احساس شادکامی و عود سوءمصرف مواد نشان داد که سطح شادکامی ضعیف با عود بیشتر رابطه دارد و توجه به عوامل مربوط به سلامت روان مثبت مانند شادکامی و دسترسی آسان به مراکز مشاوره و دریافت مراقبت‌های مربوطه می‌تواند در کاهش عود و مصرف مجدد نقش موثری داشته باشد. نتایج پژوهش پله‌وری و جوادی (۱۳۹۸) با موضوع زمینه و شرایط خانوادگی موثر بر عود اعتیاد، یک پژوهش کیفی نشان داد که ناآرامی در خانواده، شامل مفاهیم فرعی نظیر درهم تنیدگی؛ مثلث‌سازی؛ رفتارهای تنش‌زا؛ دوری‌گزینی و کاهش ارتباطات، تهدیدهای عملیاتی نشده، باورهای نادرست مصرف‌کنندگان و خانواده‌های ایشان و عدم آگاهی از عوامل مؤثر بر عود و بازگشت مجدد هستند. نتایج پژوهش میرزایی و همکاران

(۱۳۸۹) با موضوع عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان نشان داد که ۳۳/۵ درصد مبتلایان به سوء مصرف مواد یک بار، ۳۸ درصد دو تا سه بار و ۲۸/۵ درصد بیش از سه بار درمان ناموفق داشتند. ۵۳ درصد آن‌ها در کمتر از ۳ ماه به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. فقط ۱۲ درصد آن‌ها توانسته بودند به مدت بیش از یک سال عاری از مواد مخدر و پاک باقی بمانند. بر اساس میانگین امتیازات محاسبه شده، بی‌خوابی و وسوسه مهمترین عوامل فردی، و دسترسی آسان به مواد مخدر، کشمکش‌های خانوادگی و عدم پایداری به درمان، مهمترین عوامل محیطی عود اعتیاد بودند. نتایج پژوهش کیسیا، بیراسیازا، هاباگوسنگا و اومبئی^۱ (۲۰۲۱) نشان داد که ۴۰ تا ۶۰ درصد افراد به طور کلی پس از تکمیل درمان‌های سم‌زدایی و توانبخشی، عود کردند. بازگشت مجدد به مصرف مواد پس از سم‌زدایی و توانبخشی موفقیت‌آمیز، یک نگرانی بهداشت عمومی در سراسر جهان است. نتایج پژوهش اندرسون، وناس و نوردفجرن^۲ (۲۰۱۹) نشان داد که عود و بازگشت در اعتیاد بین ۴۰ تا ۷۵ درصد بود و بسته به نوع ماده و نوع مصرف و در افراد مختلف متفاوت است. شناسایی خصوصیات و ویژگی‌های فرد معتاد و نوع درمان برای پیشگیری از عود و بازگشت حائز اهمیت است و حالات عاطفی مانند اضطراب، افسردگی، شدت اختلالات و علائم روان‌شناختی می‌توانند بازگشت و عود را پیش‌بینی کنند. همچنین نتایج نشان داد که با شناسایی نیازهای درمانی و درمان‌های مناسب و شناسایی عوامل می‌توان به کاهش عود و بازگشت کمک کرد. نتایج پژوهش بائر، استریک، و موگی^۳ (۲۰۱۴) نشان داد که بین شدت افسردگی و بازگشت به مصرف و عود رابطه وجود دارد و هرچه شدت علائم روان‌شناختی بیشتر باشد احتمال خطر بازگشت بیشتر است؛ در نتیجه شناسایی این عوامل می‌تواند در کمک به درمان موثر باشد.

با توجه به آن که آمار عود و بازگشت به اعتیاد و مصرف مجدد مواد مخدر رو به افزایش بوده که هزینه مالی فراوان و اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فردی و

خانوادگی و جامعه می‌گذارد و تاکنون در زمینه بازگشت و عود و مصرف مجدد مواد مخدر در شهرستان قروه پژوهشی صورت نگرفته و اینکه مسائل فرهنگی و اجتماعی خاص هر منطقه می‌تواند نقشی به‌سزا در مصرف مجدد و پیشگیری داشته باشد؛ لذا محقق در پژوهش پیش‌روی، تلاش داشت تا به شناسایی و بررسی علل تاثیرگذار در بازگشت و عود و مصرف مجدد در سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد پرداخته و از طریق اکتشاف، استخراج و تحلیل شاخص‌ها و ابعاد مرتبط با موضوع و بررسی جنبه‌های مختلف و در نظر گرفتن مسائل فرهنگی بتواند از یک سو موجبات بهره‌مندی دولتمردان و خانواده‌ها از نتایج حاصل در راستای پیشگیری از عود و بازگشت و ارتقا سطح دانش و آگاهی افراد و خانواده‌ها را فراهم نموده که این امر به نوبه خود منجر به کسب مهارت‌های لازم شده و راهکارهایی موثر و نوین منطبق با ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و همچنین راهکارهای تاثیرگذار علمی در این زمینه معرفی نماید. از جهتی دیگر نتایج حاصل از پژوهش حاضر بتواند به گسترش و توسعه شناخت و دانش افراد و خانواده‌ها نسبت به اعتیاد و عود و شناسایی عوامل زمینه‌ساز، تداوم بخش و تشدیدکننده در عود و بازگشت به اعتیاد کمک قابل ملاحظه‌ای نماید. همچنین بتواند به عنوان یک مدل و الگوی جدید در پیشگیری از بازگشت و عود عمل نماید تا افراد با علم و آگاهی و دانش از علت‌ها و عوامل تاثیرگذار و خطرپذیر دوری جویند. همچنین با توجه به مباحث مطرح شده و افزایش آمار بازگشت به اعتیاد و نتایج پژوهش‌های ذکر شده در بالا می‌توان به ضرورت و اهمیت عوامل تاثیرگذار در بروز مصرف مجدد مواد و بازگشت به اعتیاد و همچنین شناخت عوامل تاثیرگذار و آگاهی نسبت به آن‌ها پی برد و شناسایی این عوامل تاثیرگذار و زمینه‌ای از موضوعاتی است که باید به صورت نظام‌مند مطالعه شود. شناسایی علل و عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت به اعتیاد می‌تواند نقش به‌سزایی در درمان و برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود و بازگشت داشته باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل و عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندتئوری در صدد پاسخگویی به این سوال است که عوامل تاثیرگذار در بازگشت و عود و مصرف مجدد در سوء مصرف مواد مخدر کدامند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

به جهت ماهیت موضوع پژوهش حاضر، از رویکرد کیفی به روش گرانددتئوری (نظریه مبنایی یا نظریه داده بنیاد) استفاده شده است. این روش امکان مطالعه عمیق پدیده‌ها را در بافت واقعی خود فراهم آورده و به جای آزمون فرضیه‌ها، به ارائه یک چارچوب مفهومی و یا ظهور نظریه‌ای منجر می‌شود. پژوهش و تحقیق کیفی، یک فرایند بررسی شناخت، فهم و درک مبتنی بر سنت‌های روش‌شناختی مشخصی است که به دنبال کشف یک مسئله اجتماعی یا انسانی است (جابری‌منش، شیرینی و تابان، ۱۳۹۸). جهت اجرای روش گرانددتئوری از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به منظور جمع‌آوری و گردآوری داده‌ها استفاده شد. روند کار به گونه‌ای بود که بعد از بررسی و مطالعه فراوان و بهره‌مندی از نظر مشاوران و افراد متخصص، سوال‌های مصاحبه نهایی و مصاحبه‌ها آغاز گردید و تا حد اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد. از مصاحبه‌شوندگان درخواست می‌شد تا درباره جزئیات مربوط به موضوع اصلی به اندازه فهم، شناخت و تجربه‌های خود اظهار نظر کنند. لازم به ذکر است که مدت هر مصاحبه با توجه به میزان تمایل پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود.

در این پژوهش، جامعه آماری شامل افراد مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد نیکو سلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۹ بود که بعد از یک دوره مصرف مواد مخدر به مدت حداقل ۴ ماه پاک بوده و هیچ مصرفی نداشته و سابقه حداقل ۴ ماه ترک مواد مخدر را داشته اما مجدد به مواد روی آورده و دچار بازگشت شده و برای درمان و ترک مراجعه کرده بودند. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند بود. حجم نمونه در حین فرایند تحقیق مشخص گردید؛ زیرا در پژوهش‌های کیفی، اشباع شدن اطلاعات، مهم‌تر از تعداد افراد مورد مطالعه است؛ بدین معنی که محقق جمع‌آوری اطلاعات را باید تا زمانی ادامه دهد که اطلاعاتی که از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری می‌کند، تکراری شده و اطلاعات جدیدی به اطلاعات گردآوری شده قبلی اضافه نشود؛ به عبارت دیگر داده‌های گردآوری شده به اشباع نظری برسند (عظیمی‌دلارستانی، رضوی و برومند، ۱۳۹۷). با در نظر گرفتن

نکات فوق در مجموع در این پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند (ناهمگن)، ۱۷ مصاحبه انجام و ضبط گردید. البته سعی بر این بود که در انتخاب نمونه پراکنده‌گی و تفاوت بین آن‌ها در نظر گرفته شود و نمونه انتخابی حداکثر تمایز در فرهنگ، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت مالی و شرایط خانوادگی را داشتند. به منظور تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های انجام شده و با هدف افزایش دقت و درستی تجزیه و تحلیل‌ها، تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس هر مصاحبه به طور جداگانه، واژه به واژه تایپ شد. پژوهشگر هر مصاحبه ضبط شده و یادداشت‌های مرتبط به آن را بلافاصله و سطر به سطر مطالعه کرده و مفاهیمی که به ذهن می‌رسید را یادداشت می‌نمود. این مرحله از نخستین مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها در گراندد تئوری است که اصطلاحاً به آن کدگذاری باز می‌گویند و سه بار مصاحبه‌ها کامل و جز به جز بررسی و مرور شدند و سپس از روش کدگذاری محوری با گروه‌بندی و ادغام مفاهیمی که همگرایی معنایی داشتند مقولات و کدهای محوری استخراج و در نهایت مقولات و کدهای محوری که در خلال مصاحبه‌ها به عنوان عوامل پیشایند، مصادیق و پسایند بودند در زیر مجموعه کدهای گزینشی و اصلی قرار گرفتند؛ با استفاده از روش تحلیل داده‌ها که در گراندد تئوری تجویز شده است اطلاعات گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور تسهیل در فرآیند کدگذاری و تحلیل داده‌ها از نرم افزار MAXQDA استفاده گردید.

بر اساس مدل اشتراوس و کوربین^۱ (۱۹۹۸) ابتدا از دل داده‌های خام و مصاحبه‌ها، مفاهیم شناسایی و برحسب خصوصیات، شاخص‌ها و ابعادشان بسط و گسترش داده و سپس مقوله‌های اولیه استخراج شوند که این کار با استفاده از کدگذاری باز انجام شد؛ سپس در مرحله کدگذاری محوری، بر اساس معانی و مصادیق مشترک و مشابه پیوند بین مقوله‌ها انتزاعی‌تر شکل گرفت که الف) در کدگذاری باز، عمل مفهوم‌سازی صورت گرفت که یادداشت‌های جمع‌آوری شده حاصل از مصاحبه‌ها و ضبط جلسات مشاوره بازخوانی و جملات و کلمات اصلی بیرون کشیده شدند. ب) در مرحله کدگذاری محوری، عبارات‌ها و جمله‌هایی دارای ماهیت مشابه و مشترک با یکدیگر ادغام و براساس مشابهت

و ارتباط معنایی زیر طبقه‌های شکل گرفته مرحله قبل دسته‌بندی و طبقه‌های جامع و مانع شکل گرفتند. ج) در مرحله کدگذاری انتخابی، تمام مراحل به صورت توام مورد توجه قرار گرفتند و مفهوم اصلی که داده‌ها را حول یک محور قرار می‌دادند کشف و شناسایی شد و وجوه مشترک مؤلفه‌های مراحل قبلی، و با توجه به اشتراکات آن‌ها در دسته‌بندی کلی تر و محدودتری سازماندهی شدند و کدهای گزینشی یا انتخابی شکل گرفتند. در روش گرانددتئوری، فرآیند رفت و برگشت میان داده‌ها و تحلیل آن‌ها انجام می‌پذیرد و این فرآیند رفت و برگشتی تا زمان اشباع نظری ادامه دارد. همچنین قبل از کدگذاری مصاحبه‌های مکتوب شده به فرد مصاحبه شونده بازگردانده شد تا آن را بررسی و مرور نماید و در صورت صحت آن مفاهیم را تایید نهایی نماید. در نهایت کدگذاری‌ها در قالب پارادایمی مرکب، از شرایط زمینه‌ای، شرایط علی، شرایط میانجی، استراتژی و پیامد، حول مقوله مرکزی تشکیل شد.

ملاحظات اخلاقی شامل ارائه کامل و شفاف اطلاعات به شرکت کنندگان و حضور داوطلبانه آن‌ها در مطالعه، رازداری و حفظ‌شان و حقوق شرکت کنندگان، احترام به حقوق افراد، کرامت انسان و تنوع باورها و عقاید، اجتناب از آسیب‌رساندن و تبعیض، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی توسط پژوهشگران، کسب اجازه از شرکت کنندگان و ذکر نام آن‌ها به صورت مستعار و گمنام ماندن بود. همچنین ملاک‌های ورود شامل داشتن دامنه سنی بین ۲۵-۴۵ سال، رضایت افراد انتخاب شده به شرکت در مصاحبه، سابقه حداقل یک دوره ۴ ماهه ترک مواد و پاک بودن از مواد مخدر حداقل به مدت ۴ ماه و بالاتر، وابستگی فعلی به مواد مخدر، داشتن پرونده در کلینیک ترک اعتیاد نیکوسلامت، سابقه مصرف مواد مخدر و داشتن اعتیاد قبل از یک دوره ترک، جنسیت مرد؛ و ملاک‌های خروج شامل مبتلا بودن به یک اختلال یا بیماری، عدم تمایل و رضایت به شرکت در جلسه مصاحبه بودند.

ملاک‌های ارزشیابی پژوهش

جهت ارزشیابی پژوهش و به منظور احراز اعتبارپذیری تحقیق از چهار معیار ارزشیابی پژوهش‌های کیفی، که با چهار معیار پژوهش‌های کمی پیوند داده شده و جفت شده که در زیر آمده، استفاده گردید.

جدول ۱: تناظر معیارها برای پژوهش کمی و کیفی جهت ارزیابی یافته‌های حاصل از پژوهش

| معیار پژوهش کمی | معیار پژوهش کیفی | تعریف | شیوه اطمینان از کیفیت |
|-----------------|-----------------------------|--|---|
| روایی درونی | قابلیت باور ^۱ | میزانی که نشان می‌دهد تفسیرها تحت تأثیر اطلاعات نادرست یا مقاومت و طفره رفتن مصاحبه‌شوندگان قرار نگرفته است. | بازبینی مشارکت‌کنندگان و یک نفر روانشناس متخصص در زمینه اعتیاد، بازنگری مکرر، مشاهده‌ی مداوم. |
| روایی بیرونی | قابلیت انتقال ^۲ | میزانی که امکان به کارگیری یافته‌های تحقیق را در موقعیت‌های مشابه دیگر و تعمیم آن‌ها را نشان می‌دهد. | وصف مفصل محیط و شرکت-کنندگان و محدودیت‌های شرکت-کنندگان، کفایت اطلاعات جمع-آوری شده و مدت زمان صرف شده برای جمع‌آوری اطلاعات. |
| اعتبار | قابلیت اطمینان ^۳ | میزانی که انحصار یافته‌ها به زمان مکان را نشان می‌دهد؛ و ثبات در تبیین‌های مورد نظر صورت گرفته است. | جزئیات مربوط به جمع‌آوری اطلاعات و اجرای آن، مستندسازی پژوهشگر در خصوص داده‌ها، روش‌ها و تصمیمات. |
| عینیت | قابلیت تایید ^۴ | میزانی که نشان می‌دهد تا چه حد تفسیرهای صورت گرفته برآمده از نظر مصاحبه‌شوندگان است و تحت تأثیر سوگیری و ذهنیت محقق نبوده است. | دلیل و مبنای انتخاب روش پژوهش و روش تحلیل، چندجانبه‌نگری برای داده‌ها، پژوهشگر و زمینه. |

یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر بررسی علل و عوامل تاثیرگذار در بازگشت و عود و مصرف مجدد در سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گرانددتئوری است. این مطالعه با مشارکت ۱۷ نفر مرد دارای سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد پس از یک دوره قطع و ترک حداقل ۴ ماهه با تجربه عود و بازگشت انجام شد که اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی

| تعداد دفعات بازگشت | ماده مصرفی | تحصیلات | وضعیت - تاهل | مدت زمان پاکی به ماه (بدون مصرف) | سن | شماره |
|--------------------|-------------|-----------|-----------------|-------------------------------------|----|----------|
| ۳ | تریاک | راهنمایی | متاهل | ۷ | ۲۵ | شماره ۱ |
| ۲ | تریاک-هروین | دیرستان | متاهل | ۶ | ۳۷ | شماره ۲ |
| ۲ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۹ | ۴۰ | شماره ۳ |
| ۱ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۴ | ۴۱ | شماره ۴ |
| ۲ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۸ | ۴۱ | شماره ۵ |
| ۳ | تریاک | فوق دیپلم | متاهل | ۱۰ | ۴۰ | شماره ۶ |
| ۳ | تریاک | فوق دیپلم | متاهل | ۷ | ۳۸ | شماره ۷ |
| ۴ | تریاک-هروین | فوق دیپلم | متاهل | ۸ | ۲۷ | شماره ۸ |
| ۱ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۱۰ | ۲۶ | شماره ۹ |
| ۳ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۸ | ۴۵ | شماره ۱۰ |
| ۲ | تریاک | لیسانس | متاهل | ۵ | ۲۹ | شماره ۱۱ |
| ۳ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۱۰ | ۳۰ | شماره ۱۲ |
| ۲ | شیره | لیسانس | متاهل | ۸ | ۳۴ | شماره ۱۳ |
| ۵ | تریاک | متوسطه | متاهل | ۶ | ۳۸ | شماره ۱۴ |
| ۳ | تریاک | متوسطه | متاهل | ۱۰ | ۳۸ | شماره ۱۵ |
| ۱ | تریاک | دیپلم | متاهل | ۲۱ | ۴۰ | شماره ۱۶ |
| ۲ | تریاک-شیره | دیپلم | متاهل | ۱۴ | ۴۴ | شماره ۱۷ |

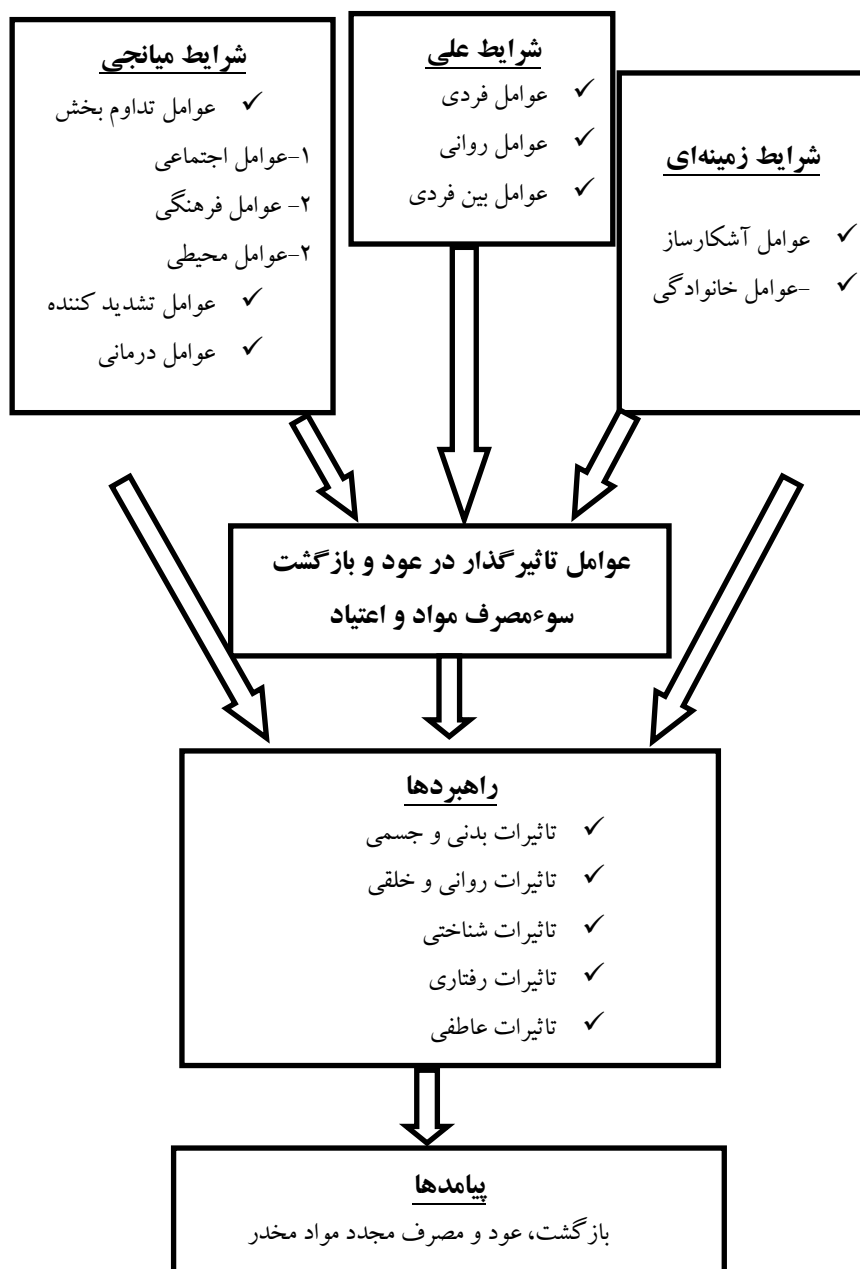
تجزیه و تحلیل این پژوهش بر اساس دستورالعمل‌های اشتراوس و کورین (۱۹۹۸) شامل کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت که در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با کدگذاری باز، محوری و انتخابی

| کدگذاری انتخابی | کدگذاری محوری | کدگذاری باز |
|--------------------|---------------------|--|
| عوامل زمینه ساز | عوامل فردی | صفات شخصیتی، تفکرات غیرمنطقی و باورهای غلط، استعداد ارثی، آمادگی به اعتیاد، خودشفقت‌ورزی پایین، درد و بیماری جسمی، نارضایتی بدنی، عدم دانش و آگاهی لازم، مسئولیت‌پذیری پایین، آزادی، عدم خودکنترلی رفتاری، هوش هیجانی پایین، هوش معنوی پایین، فرار از مشکلات، کسب آرامش و لذت، وابستگی به پاداش، مقاومت در برابر تغییر. |
| عوامل روانی | عوامل روانی | نگرش و باورهای منفی (مصرف جهت پیشگیری از کرونا)، احساس نیاز به مواد مخدر، فشار روانی زیاد، استرس و اضطراب شدید، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدارانه، خلق پایین، افسردگی، عزت نفس پایین، اعتماد به نفس پایین، ناامیدی، هویت سردرگم، خود فراموشی، شخصیت ضداجتماعی، پرخاشگری، قدرت تحمل کم، خودآگاهی کم، خودشناسی ضعیف، لجبازی، تحریک‌پذیری، وابستگی روانی، شکاف عمیق بین من واقعی و ایده‌آل، عدم خودباوری. |
| عوامل بین فردی | عوامل بین فردی | دوستان مصرف‌کننده، مزوی شدن از جمع دوستان، عدم پذیرش دوستان، طرد، همانندسازی افراطی با سایر افراد معتاد، فقدان مهارت‌های ارتباطی لازم، فشار اطرافیان، کنترل کم، فقدان مهارت حل مسئله، فقدان مهارت کنترل خشم، جلب توجه دیگران، نداشتن مهارت نه گفتن، تحمل کم، هیجان خواهی، قیاس بندی‌های نادرست |
| عوامل آشکارساز | عوامل - خانوادگی | کارکرد ضعیف خانواده، رابطه عاطفی نامناسب، جبر، سلطه‌گری و خشونت در خانواده، عدم حمایت‌گری در خانواده، عدم هدایت‌گری در خانواده، کمبود محبت در خانواده، مصرف مواد در بین اعضای خانواده، احساس بی‌پناهی، احساس تنهایی، اجبار خانواده در زمان ترک، عدم نظارت خانواده، جلب توجه خانواده، فقدان احساس مسئولیت در خانواده، نقص تفرد، بی‌قیدی |

جدول ۳: عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با کدگذاری باز، محوری و انتخابی

| کدگذاری انتخابی | کدگذاری محوری | کدگذاری باز |
|---------------------|------------------|--|
| | | خانواده، تنش و آشوب در خانواده، سبک دلبستگی ناایمن، مشکلات زناشویی. |
| عوامل تداوم بخش | عوامل اجتماعی | دسترسی آسان به مواد، پایین بودن قیمت مواد نسبت به داروهای ننگه‌دارنده، عدم پذیرش در بین دوستان، طرد اجتماعی، مشکلات مالی، همانندسازی افراطی، بیکاری، ساعات کاری زیاد، استرس شغلی، فشار کار، وفور مواد، نبود حمایت اجتماعی، آموزش ناکافی در اجتماع، ابهام نقش، فشار اجتماعی، تعاملات ناکارآمد. |
| | عوامل- فرهنگی | مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی در مراسم و مهمانی‌ها (احترام و پذیرایی)، اعتقادات مذهبی ضعیف، دوری از معنویت، مصرف مواد به عنوان داروی ضد درد و پیشگیری، پذیرش به عنوان جزئی از زندگی، نگرش مثبت نسبت به مواد، نبود سیستم‌های خدماتی و مشاوره‌ای، کمبود امکانات فرهنگی، انتظار خوشی و لذت از زندگی. |
| | عوامل محیطی | عوامل مرتبط به محل سکونت و شیوع مصرف در محل سکونت، مهاجرت، حاشیه‌نشینی، کمبود امکانات تفریحی- ورزشی، ارتباط با محیط‌های مستعد، نبود سیستم حمایتی، احساس تبعیض، اجبار در درمان |
| عوامل تشدیدکننده | عوامل درمانی | عدم پابندی و تعهد به درمان، درمان‌های غیرعلمی و سلیقه‌ای، نبود پروتکل- درمانی جامع و واحد، استفاده از راهنمایی به جای درمان، عدم پیگیری لازم، مقاومت در برابر تغییر، عدم مهارت لازم در زمان‌های وسوسه، طول مدت درمان، عدم به کارگیری اصول بهداشت عمومی در درمان، روش‌های ناکارآمد در درمان، انتظار غیرواقع بینانه از درمان |



شکل ۱: مدل کیفی عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری

براساس یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و مدل پارادایم، راهکارهای پیشنهادی جهت پیشگیری از عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: راهکارهای تاثیرگذار بر پیشگیری از عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد

| طبقه بندی | راهکارها |
|------------------------|--|
| عوامل - فردی | افزایش خودآگاهی، افزایش خودشناسی، افزایش خویشن داری در زمان وسوسه، شناسایی نقاط ضعف و قوت، قدرت تعیین اهداف زندگی، ایجاد انگیزه برای رسیدن به اهداف، تقویت قدرت تفکر، شناسایی باورهای غلط درباره مواد، افزایش اعتماد به نفس، افزایش عزت نفس، شناخت عواطف و احساسات شخصی، تقویت توانایی ادراک خویشن. |
| عوامل - خانوادگی | پذیرش و احترام به تفاوت‌های فردی، احترام به استقلال فرزندان، سبک فرزندپروری دموکراتیک، سبک دلبستگی ایمن، ارتباطات عاطفی بین اعضا، بهبود و ارتقا مهارت‌های ارتباطی موثر بین اعضا، تقویت هویت یابی و تلاش برای کسب هویت، تقویت ابراز وجود و ایفای نقش، آموزش رفتارهای منطقی و مبتنی بر واقعیت در خانواده، تعدیل انتظارات، برخورد منطقی والدین، عدم تبعیض، دادن مسئولیت به فرزندان با در نظر گرفتن توانمندی و متناسب با سن، برخورد و تعامل صحیح والدین با در نظر گرفتن توانمندی و متناسب با سن. |
| عوامل - اجتماعی، محیطی | آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت جرات‌ورزی و حل مسئله، آموزش مقابله با استرس، آموزش مهارت‌های ارتباطی موثر، آموزش راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، افزایش تاب‌آوری، آگاهی دادن از تبعات مصرف مواد، ارائه اطلاعات درست درباره اعتیاد، ایجاد فرصت‌های شغلی برابر و مناسب، نظارت بیشتر بر محیط‌های مستعد. |
| عوامل - فرهنگی | افزایش امکانات و فضاهای فرهنگی، ورزشی و تفریحی، تقویت معنویت، آگاهی دادن از طریق رسانه، مدرسه و دانشگاه، پخش برنامه تلویزیونی آموزنده، اهمیت دادن به نظر افراد مجرب، پذیرش اجتماعی افراد ترک کرده در اجتماع. |
| عوامل - بین فردی | شناخت احساسات خود و دیگران، آموزش ارتقا هوش هیجانی، آموزش مهارت نه گفتن، راهبرد و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، حفظ ارتباط‌های موثر با دیگران، قدرت تنظیم احساسات، توانایی خویشن داری عاطفی در مقابل وسوسه، مهارت‌های ارتباطی موثر با دیگران، مشورت و همفکری. |
| عوامل - درمانی | استمرار درمان و پیگیری در درمان، استفاده از درمان‌های علمی، استفاده از پروتکل درمانی جامع و واحد، استفاده از تجربه کشورهای موفق در درمان، استفاده توانان درمان‌های روان‌شناختی و سیستمی و دارو درمانی، استفاده از تجارب افراد موفق ترک کرده در درمان و الگوسازی. |

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی علل و عوامل تاثیرگذار در بازگشت و عود اعتیاد با رویکرد گراندتئوری انجام گرفت که نتایج حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد که عوامل فردی، عوامل روانی و عوامل بین فردی (عوامل زمینه‌ساز) به عنوان شرایط علی؛ عوامل خانوادگی (عوامل آشکارساز) به عنوان شرایط زمینه‌ای؛ عوامل اجتماعی، فرهنگی و عوامل محیطی (عوامل تداوم‌بخش) و عوامل درمانی و عوامل مربوط به درمان (عوامل تشدیدکننده) به عنوان شرایط واسطه‌ای و مداخله‌ای؛ در بازگشت و عود و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد تاثیرگذار هستند؛ که در مجموع این عوامل در فرد تاثیرات بدنی و جسمی، تاثیرات روانی و خلقی، تاثیرات شناختی، تاثیرات رفتاری و تاثیرات عاطفی به جای خواهد گذاشت و زمینه بازگشت و مصرف مجدد مواد مخدر پس از حداقل یک دوره بدون مصرف و پاک‌ی و در نهایت عود و مصرف مجدد را ایجاد می‌کند که در مجموع از یافته‌های پژوهش حاضر سه کد انتخابی، ۸ کد محوری و ۱۱۹ کد باز استخراج شد.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل فردی یکی از عوامل تاثیرگذار در عود و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش راطق و فرهادی (۱۳۹۸) و غلامی آیز و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به دیدگاه شناختی اشاره نمود که نگرش و افکار فرد را تعیین‌کننده رفتار می‌داند. پس افرادی که از مواد فاصله گرفته‌اند و پاک هستند در مواجهه با محیط پیرامونی خود از نگرش‌ها و افکار خاصی بهره می‌گیرند که ممکن است آن‌ها را نسبت به مصرف مواد آسیب‌پذیرتر سازد. فرد بر اساس نگرش‌ها و باورهای غلط و ناکارآمد، حوادث بیرونی را استرس‌زاتر درک کرده و فشار و استرس بیشتری را تجربه می‌کند و بیشتر دچار آشفتگی می‌شود؛ در نتیجه امکان مصرف مجدد و عود را تشدید می‌کند. همچنین می‌توان بیان نمود که همین باورهای غلط، مشکلات و دردها و آلام جسمی را تشدید می‌نماید، به صورتی که فرد از راهبردهای هیجانی استفاده نماید و به جای تمرکز بر درد و بیماری، درمان‌های موثر و علمی، راهبرد مسئله‌مدارانه و تلاش برای بهبودی به مقابله هیجان‌مدار و مصرف مجدد روی آورده و باورهای منفی و تفکرات غلط و راهبرد هیجان‌مدار، ممکن است باعث عود

و مصرف مجدد گردد؛ حتی امکان دارد تلقین و انتظار مثبت از مواد و مصرف آن باعث تسکین و کاهش درد باشد اما به دلیل نگرش اشتباه علت را مصرف مواد قلمداد نماید (اسلام دوست، ۱۳۹۷). پیشنهاد می‌گردد که از طریق درمان‌های موثر به ویژه درمان‌های شناختی و شناختی- رفتاری به افراد کمک گردد تا باورهای غلط و غیرمنطقی را شناسایی و تفکرات تحریف شده خود را تشخیص و به صورت تکلیف خانگی آن‌ها را عینی و ثبت، سپس بازنگری و ارزیابی و در نهایت آن‌ها را به چالش کشیده و براساس علائم جسمی، شناختی و رفتاری و آگاهی از آن‌ها تحت درمان موثر قرار گیرد تا بتواند راهکارهای موثر برای علائم جسمانی از جمله آرام‌سازی و کنترل ریتم تنفس، مواجهه سازی و مدیریت رفتاری برای علائم رفتاری و برای علائم جسمانی از جایگزینی افکار مثبت استفاده نماید تا مهارت‌های لازم را کسب نماید (هاوتون و سالکوس کیس^۱، ۱۳۹۸). از دیدگاه شرکت کنندگان، عوامل روانی یکی از عوامل تاثیرگذار در بازگشت و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش زند و همکاران (۱۳۹۶) و راطق و فرهادی (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان به دیدگاه مارلات^۲ مبدع برنامه رفتاری- شناختی پیشگیری از بازگشت اشاره نمود که نقطه شروع زمانی است که فرد در موقعیت خطرزا می‌گیرد و پاسخی مناسب برای مقابله با آن موقعیت را ندارد یا نمی‌تواند پاسخ مناسب را اجرا نماید. همچنین فرد در آن موقعیت نسبت به اثر مثبت مصرف مواد مخدر انتظار مثبت داشته باشد، در نتیجه امکان لغزش بیشتر می‌شود که مارلات براساس اثر نقض پرهیز این فرایند را توضیح داده بدین گونه که لغزش با خودپنداره فرد در تناقض قرار می‌گیرد و این ناپایداری درونی سبب ناهماهنگی شناختی می‌شود که فرد آن را به صورت احساس گناه، شرم و آشفتگی گروهی تجربه می‌کند. در نتیجه فرد به منظور کم کردن و کاستن از احساسات و هیجانات و مقابله با واکنش‌های عاطفی متعاقب لغزش، به مصرف مجدد مواد می‌پردازد. میزان ناهماهنگی شناختی وابسته به سطح کوشش و تلاش فرد و مدت زمانی است که بدون مصرف مواد سپری کرده است. در نهایت احتمال عود و بازگشت در زمان‌هایی که فرد علت افزایش را درونی و پایا

می‌داند بیشتر برآورد می‌کند، چون لغزش را غیر قابل کنترل قلمداد می‌کند (اسلام دوست، ۱۳۹۷). پیشنهاد می‌گردد که: (۱) فرد به این ذهنیت رسانیده شود که هدف ترک مواد است نه استفاده کنترل شده؛ (۲) کمک به افراد برای فهم و درک محتمل بودن و طبیعی بودن لغزش، اما این بدین معنا نیست که آن‌ها گاهی اجازه مصرف مواد دارند (۳) لزوم آموزش‌های مدارا، انتظار (پیش‌بینی)، اجتناب و مقابله با موقعیت‌های آسیب‌زا و خطرناک؛ (۴) یادگیری پاسخ‌های موثر برای مدارا با لغزش؛ (۵) مخالفت با هرگونه انتظارات مثبت از مواد مخدر در مراجعان در یادآوری مشکلات اعتیاد.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل بین‌فردی یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار در بازگشت و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش راطق و فرهادی (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه عمل منطقی^۱ آجزن و فیشبین^۲ (۲۰۰۴) اشاره نمود که باورهای فرد درباره مصرف مجدد مواد به انگیزه‌های او در پیروی از دیگران و تمایل به راضی نگه داشتن دیگران بستگی دارد که در این صورت فرد معتقد است فشار زیادی را در استفاده از مواد مخدر احساس می‌کند و دوستانش مصرفش را تایید می‌کنند و فرد برای تایید دوستان و دیگران مجدد به مصرف مواد روی می‌آورد. همچنین براساس نظریه رفتار طرح‌ریزی شده^۳ می‌توان بیان نمود که علاوه بر نگرش‌ها و هنجارها، کنترل رفتار ادراک شده هم در رفتار فرد نقش دارد؛ به عبارتی دیگر نگرش‌ها و باورهای رفتاری بر نگرش و باور نسبت به رفتار تأثیر می‌گذارند، باورهای هنجاری، هنجارهای ذهنی را تعیین می‌کند و باورهای کنترلی یا خوداثرمندی به رفتار کنترلی ادراک شده شکل و جهت می‌دهد؛ در نتیجه نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و رفتار کنترلی ادراک شده، به شکل‌گیری تمایلات رفتاری منجر می‌شوند که رفتار را مشخص و تعیین می‌کنند (هادی‌زاده مقدم، رضائیان، طبرسا و رامین مهر، ۱۳۹۳)؛ در نتیجه اگر فرد در مورد مصرف مجدد مواد نگرش مثبتی داشته باشد و انتظار تایید آن را نیز از دیگران داشته باشد و خوداثرمندی و کنترل رفتار ادراک شده پایین باشد امکان عود و

1. theory of reasoned action (TRA)
2. Ajzen & Fishbein

3. perceived behavioral control

بازگشت، ایجاد و فرد مجدد به مصرف مواد روی می‌آورد. در نتیجه بر اساس این دیدگاه خودآثرمندی و کنترل رفتار ادراک شده یا به تعبیر راتر^۱ منبع کنترل^۲ و به تعبیر بندورا خودکارآمدی می‌تواند مانعی در مقابل مصرف مجدد و عوامل بین فردی باشد. پیشنهاد می‌گردد که توانایی و کنترل و کارآمدی در فرد، ارتقا منبع کنترل به صورت درونی در فرد، ایجاد شود تا مانعی در برابر عوامل بین فردی در مواجهه مجدد در افراد ایجاد گردد. از دیدگاه شرکت کنندگان عوامل خانوادگی یکی از عوامل تاثیرگذار در بازگشت و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش خمرنیا و پیوند (۱۳۹۷)، پیله‌وری و جوادی (۱۳۹۸) و غلامی آئیز و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه کنترل اجتماعی هیرشی اشاره کرد که بر اساس این نظریه کجروی هنگامی به وجود می‌آید که تعهد و الزام فرد، ضعیف و کمرنگ باشد و یا از بین برود. مصرف بی‌رویه مواد مخدر و یا ارتکاب هرگونه جرمی در دوران اولیه رشد و تابع روابط و برخورد نابهنجار والدین می‌باشد. بنابراین هم از نظر روان‌شناختی و هم جامعه‌شناختی، کنترل درونی، تاثیرپذیر از خانواده و تابعی از آن است. به این معنا که رابطه جوانان و نوجوانان با مواد مخدر یا هر جرم و بزه دیگر، همبستگی زیادی با بیگانگی از خانواده دارد. طبق این نظریه استمرار مصرف مواد مخدر، فقدان الزامات و تعهدات خانوادگی و اجتماعی را نشان می‌دهد. برخی افراد به جای هم‌نوا شدن با هنجارهای معمولی، از طریق پیوند افتراقی، رفتار خود را بر اساس هنجارهای گروه خلافکاران، مجرمان و بزهکاران سازمان می‌دهند که به آن تعلق و هویت پیدا می‌کنند. این امر به احتمال قوی در محیط‌هایی بیشتر رخ می‌دهد که سازماندهی اجتماعی نسبی وجود دارد؛ یعنی جایی که کنترل‌های خانوادگی و جمعی در اعمال هم‌نوایی تاثیرگذار نیستند (جهانگیری و غلامزاده نطنزی، ۱۳۹۰). همچنین در تبیین دیگر می‌توان به ناامیدی و ناباوری خانواده و بی‌اعتمادی و شک مکرر نسبت به مصرف مجدد فرد در حال بهبود اشاره داشت که اطلاعات ضعیف خانواده درباره روند طبیعی درمان و ضعف در تنظیم هیجانات در خانواده و نابهنجاری‌های موجود در خانواده، زمینه و سواس و مصرف مجدد را ایجاد می‌کند (حاجیها، بهرامی‌احسان

و رستمی، ۱۴۰۰). پیشنهاد می‌گردد خانواده آموزش لازم درباره درمان را ببینند و به اعتیاد نگاه سیستمی داشته باشند و حمایت لازم را در دستور کار داشته باشند تا فرد معتاد در برابر وسوسه‌های احتمالی بتواند موفق عمل نماید.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل اجتماعی یکی از عوامل تاثیرگذار در بازگشت و عود و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش خمرنیا و پیوند (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به نظریه کنترل اجتماعی^۱ تراورس هیرشی^۲ (۱۹۶۹) اشاره نمود که هیرشی تحت تأثیر دورکیم، کجروی را حاصل اختلال پیوند فرد با جامعه می‌داند. در نتیجه بر اساس این نظریه، انحراف از چهار عامل می‌تواند زمینه کجروی و نابهنجاری را ایجاد نماید (۱) فقدان وابستگی؛ که فرد از وجدان جمعی پایین برخوردار است و هنجارهای اجتماعی را کمتر پذیرش نموده است؛ (۲) فقدان تعهد به جامعه؛ که فرد ارزش‌ها و معیارهای رفتاری مورد قبول جامعه را درونی نمی‌سازد در نتیجه ممکن است فرد شرایطی را فراهم کند که در آن رفتار ریسک‌دار، مانند مصرف مجدد مواد، به عنوان رفتار جایگزین قابل قبول به نظر آید؛ (۳) عدم درگیری یا مشارکت؛ که فرد در فعالیت‌های قراردادی و روزمره (مانند رفتن به مدرسه، سرکار، سرگرمی یا هر فعالیت دیگر) کمتر مشارکت داشته و درگیری کمتری دارد؛ در نتیجه امکان دارد که رفتارهایی مانند مصرف مواد را جایگزین نماید؛ و (۴) اعتقاد (باور): کسانی که در زمینه‌های اجتماعی شرکت می‌کنند اغلب در باورهای اخلاقی مشترکی سهیم هستند. اگر این باورها ضعیف شوند یا از بین بروند و فرد احساس بیگانگی و جدایی با ارزش‌ها و قواعد مرسوم جامعه را داشته باشد، به احتمال بیشتری در فعالیت‌های ضداجتماعی شرکت می‌کند و همچنین احتمال بیشتری دارد با همسالانی پیوند برقرار کند که رفتار نابهنجار انجام می‌دهند (فیروزجائیان و توکلی، ۱۳۹۵). در نتیجه باید بین فرد و اجتماع پیوندی عمیق برقرار گردد که فرد بتواند قواعد بهنجار را الگوبرداری و تقلید نماید و احساس تعلق و وابستگی به اجتماع در وی ایجاد گردد. از طرفی تحت تاثیر اجتماع، محیط و مذهب

کنترل گردد تا معیارهای بهنجار جامعه را پذیرفته و احساس تعهد به رسوم و وفاداری به ارزش‌ها در وی تقویت و درونی گردند.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل محیطی یکی از عوامل تاثیرگذار در عود و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که بر اساس رویکرد پیوند افتراقی عمل مجرمانه آموختنی و متأثر از عوامل محیطی است و اکتساب نقش مهمی در به وجود آمدن رفتارهای نابهنجار دارد؛ یعنی تا فرد آن را نیاموزد و آموزش نبیند به فکر انجام دادن آن نمی‌افتد و آموزش عمل مجرمانه و رفتار نابهنجار از طریق ارتباط فرد با محیط صورت می‌گیرد؛ نظریه ساترلند اشاره کرد که انحرافات عموماً در قالب گروه‌های اولیه و در محیط‌های ناسالم آموخته می‌شود. همچنین تئوری کنترل اجتماعی^۱ بر این امر تاکید دارد که هر فردی پتانسیلی برای مجرم شدن دارد اما بیشتر مردم به وسیله ارتباط و پیوندشان با اجتماع کنترل می‌شوند (یوسفی و خالدیان، ۱۳۹۱). همچنین نظریه کنترل اجتماعی بیان می‌کند که در فرآیند اجتماعی کردن جوانان، مدرسه و همسالان اهمیت خاصی دارند (نعمتی سوگلی تپه، شاهمرادی، رحیمی و خالدیان، ۱۳۹۹). همچنین در تبیین دیگر می‌توان بیان نمود که عدم دسترسی به امکانات سالم و مناسب تفریحی برای گذران اوقات فراغت و نبود شادی و نشاط در محیط احتمال خطر عود و مصرف مجدد مواد را بیشتر می‌کند؛ همچنین امکان دارد که افراد در محیط‌های مستعد با توجه به داشتن الگوهای نامناسب و عدم امکانات تفریحی و ورزشی و ... به سوی محل‌های قبلی که مصرف مواد داشتند احساس علاقه و کشش پیدا کنند و چون در این محیط‌ها مواد سهل‌الوصول‌تر می‌باشد و افراد بیشتر با دوستان قبلی و محیط‌های آلوده در تعامل و ارتباط خواهند بود، در نتیجه احتمال عود بیشتر می‌شود. پیشنهاد می‌گردد که به افراد کمک گردد تا علائم محیطی و موقعیتی و قرینه‌های محیطی مربوط به مصرف مواد و همچنین علائم و احساسات حاکی از وسوسه و لغزش را بشناسند؛ همچنین وجود امکانات و برنامه‌های فرهنگی، تفریحی و

ورزشی برای سرگرمی و گذراندن اوقات و به نوعی تخلیه انرژی و جهت دهی مناسب به رفتار پیشنهاد می گردد تا افراد در محیط سالم به اکتساب رفتارهای سالم بپردازند.

از دیدگاه شرکت کنندگان، عوامل فرهنگی یکی از عوامل تاثیر گذار در بازگشت و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می باشد که با نتایج پژوهش زند و همکاران (۱۳۹۶) همسو می باشد. می توان بیان نمود که فرد از طریق معنویت، احساسات و عواطف و امیال خود را کنترل می کند، با استفاده درست و صحیح و هدفمند از آنها، کارهای خود را ساده تر و سهل تر انجام می دهد و به جای ارضای امیال و هوس های خود، در جهت اهداف خود حرکت می نماید. همچنین از طریق معنویت، افراد در راه رسیدن به اهداف خود، به عمیق ترین ارزش ها و علایق خود توجه می کنند و از آنها برای بهبود کارایی و عملکرد و مقاومت در برابر مسائل و مشکلات استفاده می نمایند. همچنین از حمایت اجتماعی برخوردار می شوند که این نیز می تواند تبیینی برای این یافته ها باشد (نعمتی سوگلی تپه، ۱۳۹۷). حالت آرامش روان و آسایش ناشی از مسائل مذهبی و معنویات، از آن جهت است که فرد به گونه ای آگاهانه و هدفمند به آن عشق می ورزد. از جمله در احوال بزرگان نیز آمده که با نماز، قرآن و دیگر اعمال مذهبی به آرامش می رسیدند، مانند روایت بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی (ع)، پیامبر (ص) نیز هنگام نماز به بلال می فرمود: بلال ما را به آرامش برسان. بزرگانی مثل ابن سینا که هنگام مواجهه با مسائل و مشکلات، دو رکعت نماز می خواندند. شرکت در مراسم مذهبی و عبادتی مثل نماز باعث کاهش تنش و فشار و رهایی از بند پریشانی های عاطفی می گردد. معنویت درمانی، یکی از مسیرهای اساسی و پر اهمیت و یک روش درمانی است که افراد می توانند به کمک آن از مبتلا شدن به بیماری های جسمی، روانی و اجتماعی پیشگیری کنند و با کمک گرفتن از دین، معنویت، نماز و نیایش، عبادت به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی متصل شده و احساس امید و آرامش داشته باشند. شرکت در مراسم و مناسک مذهبی آثار روانی اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی، نوعی ارتباط عاطفی سالم و موثر بین افراد جامعه ایجاد می شود. معنویت باعث آرامش قلب شده، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و می تواند افراد را قادر سازد تا

انتخاب‌های سالم و رفتار مناسبی را در طول زندگی‌شان انجام دهند. علاوه بر این، منجر به ارتقا سلامت روان در افراد می‌گردد و در نهایت می‌تواند یک برنامه پیشگیری مناسب باشد. ارتقا سلامت روان در ابعاد مختلف باعث می‌شود که این افراد ذهنیت منفی نسبت به مصرف مواد مخدر پیدا کرده و زمینه مناسبی برای پیشگیری از عود و مصرف مجدد فراهم نماید. بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزش معنویت در بهبود رضایت از خود و احساس ارزشمندی، خوش‌بینی و امیدواری و به عنوان یکی از عوامل موثر در پیشگیری از عود و مصرف مجدد مورد استفاده قرار گیرد.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل درمانی یکی از عوامل تاثیرگذار در بازگشت و مصرف مجدد مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که با نتایج پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۸۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که براساس نتایج به دست آمده در بحث درمانی بیشتر روی بعد جسمانی و بدنی اعتیاد تاکید می‌شود و تمام تلاش فرد و درمانگر بهبودی علائم جسمانی و بدنی است. این در حالیست که عوامل روانی هم باید همراستا و همسو با علائم جسمانی مدنظر قرار گرفته شود. همچنین براساس نتایج پژوهش یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت عوامل مربوط به درمان می‌باشد که معمولاً در بحث درمان فقط یکی از اهداف روان‌شناختی و اجتماعی و دارویی مدنظر قرار می‌گیرد. این در حالیست که در بروز اعتیاد و عود، عوامل متعددی تاثیرگذار هستند و لازم است درمانگران از ابعاد مختلف به درمان اعتیاد مبادرت ورزند و روی افکار، احساسات، رفتار، هیجانات و نیازها در کنار عوامل جسمانی تمرکز داشته باشند و چنانچه تمرکز فقط روی یکی از ابعاد به ویژه بعد جسمانی باشد و به صورت تک بعدی و فقط از بعد جسمانی به اعتیاد نگاه گردد، امکان بازگشت و مصرف مجدد بیشتر می‌شود. همچنین پیگیری‌های لازم بعد از بهبودی و درمان از طرف درمانگر وجود داشته باشد تا فرد الگوهای صحیح یاد گرفته شده و مهارت‌های کسب شده و رفتارهای جدید را در موقعیت‌های واقعی زندگی به کار بگیرد و براساس مهارت‌ها و الگوهای کسب شده بتواند در مقابل ناکامی‌ها، تحمل و توان مقابله را داشته باشد و در زمان‌های وسوسه با اعتماد به نفس و مسئولیت‌پذیری لازم دچار لغزش و مصرف مجدد نگردد. پیشنهاد می‌گردد که در

درمان از شیوه‌های درست درمان بر اساس روش‌های صحیح و کارآمد و متناسب با فرد استفاده گردد و افراد تشویق گردند تا با صداقت تمام مسئولیت سرنوشت خویش را پذیرفته و به افراد کمک شود تا بتوانند الگوهای منفی در رفتار، افکار و احساسات را تغییر داده و شیوه درست مقابله با آسیب‌ها در مواقع مختلف را داشته باشند. همچنین درمانگرها باید با احساس مسئولیت تمام از شیوه‌های به روز و علمی استفاده و همزمان درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مدنظر قرار گرفته شود و به صورت مکمل و فوق برنامه مداخلات آموزشی پیشگیری از عود و بازگشت در افراد هم دنبال گردد.

امید است با توجه به دستاوردها و نتایج و پیشنهادات این پژوهش و با شناسایی علل و عوامل تاثیرگذار در عود و بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد، بتوان اعمال و رفتار را به شکل هوشمندانه‌ای نظم و ترتیب داد و زمینه‌ای را فراهم نمود تا به صورت علمی در زمینه پیشگیری از عود و بازگشت به اعتیاد گام برداشت و افراد و خانواده و جامعه را به سوی یک زندگی سالم و رشد یافته یاری نمود. از محدودیت‌های پژوهش، عدم دسترسی به معتادان زن در پژوهش و عدم همکاری آن‌ها بود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر متکی بر مصاحبه‌های تعداد محدودی از افراد معتادی که بازگشت به مصرف مواد را داشتند می‌باشد؛ از این رو یافته‌ها و مدل تا حد زیادی وابسته به پارادیم‌های ذهنی این افراد است و استفاده صرف از این مصاحبه‌ها از محدودیت‌ها بود.

منابع

- اسدی، سیدمحمدرضا و پرزور، پرویز (۱۳۹۹). بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر (اعتیاد) در شهر اردبیل. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۶)، ۱۹۸-۱۶۹.
- اسلام دوست، ثریا (۱۳۹۷). اعتیاد (سبب شناسی و درمان). تهران: انتشارات پیام نور.
- اوژند، حمیده؛ آزادفلاح، پرویز و رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۹۵). بررسی نقش سیستم‌های مغزی رفتاری با عوداعتیاد. مجله پژوهش در پزشکی، ۴۰(۲)، ۵۷-۵۴.
- پله‌ووری، اعظم و جوادی، محمدحسین (۱۳۹۸). زمینه و شرایط خانوادگی موثر بر عود اعتیاد، یک پژوهش کیفی. تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۸(۲)، ۱۱۹-۱۰۷.

جابری منش، عذرا؛ شیری، اردشیر و تابان، محمد (۱۳۹۸). فهم شکل‌گیری صمیمیت سازمانی با استفاده از روش داده بنیاد. *مجله مدیریت سازمانهای دولتی*، ۲۶(۲)، ۱۱-۲۶.

جهانگیری، پرویز و غلامزاده‌نطنزی، امیرحسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین کنترل اجتماعی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان. *مطالعات امنیت اجتماعی*، ۲۶، ۱۵۵-۱۲۹.

حاجیها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکار ساز وسوسه در زنان معتاد در شهر-تهران: یک مطالعه‌ی گرانددتئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۸۲-۴۷.

حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۴۰۰). عوامل خانوادگی، اجتماعی و محیطی آشکار ساز وسوسه در زنان وابسته به مواد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی نظریه زمینه‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۴۲-۱۱.

خالدیان، محمد (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر ارتقاء سرمایه روان‌شناختی افراد معتاد. *پژوهش‌های دانش‌انظامی*، ۷۶، ۱۲۰-۱۰۳.

خمرنیا، محمد و پیوند، مصطفی (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷(۶)، ۵۳۸-۵۲۳.

راطق، مسعود و فرهادی، هادی (۱۳۹۸). بررسی کیفی علل عود مواد در معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۲۱۶-۱۹۷.

زند، امین؛ شمس، جمال؛ شاکری، نزهت و چترزین، فریبا (۱۳۹۶). رابطه بین احساس شادکامی و عود سوء مصرف مواد. *مجله پژوهش در پزشکی*، ۴۱(۱)، ۳۶-۳۱.

صفری حاجت‌آقایی، سعیده؛ کمالی، ایوب؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی موثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر (ایران: ۱۳۹۱ - ۱۳۸۳). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۳۰)، ۵۲-۳۵.

صفری، مهدی و موسوی زاده، سیده نرجس (۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر در بازگشت به سوء مصرف مواد در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مراغه در سال ۱۳۹۰. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۶)، ۶۴-۵۷.

عظیمی دلارستانی، عادل؛ رضوی، سیدمحمدحسین و برومند، محمدرضا (۱۳۹۷). شناسایی عوامل زمینه‌ای تاثیرگذار بر استقرار کارآفرینی استراتژیک در کسب و کارهای ورزشی. *فصلنامه مدیریت و توسعه ورزش*، ۷(۴)، ۸۸-۶۹.

عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظنیا، محمد و کارگری، بهروز (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوء مصرف مواد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۶(۱)، ۸۰-۷۴.

غلامی آیز، محسن؛ عنایت، حلیمه و خسروی، رقیه (۱۳۹۹). تجربه زیسته‌ی زنان از خانواده نابسامان در فرایند اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۱۴۲-۱۱۳.

فیروزجاییان، علی اصغر و توکلی، جواد (۱۳۹۵). تحلیل جامعه‌شناختی قانون‌گریزی در رانندگی با تاکید بر نظریه کنترل اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان شهر نکا). *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران (پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی)*، ۵(۲)، ۴۰-۲۰.

کاظمیان مقدم، کبری (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۳۱۰-۲۹۱.

کیانی‌پور، عمر و پوزاد، اکرم (۱۳۹۱). بررسی نقش عوامل مؤثر در ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۲)، ۵۴-۳۹.

میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرين؛ میری، سکینه؛ حق‌دوست‌اسکویی، سیده فاطمه و میرزایی خلیل‌آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء- مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهرستان رفسنجان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳(۶۷)، ۴۹-۵۸.

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه (۱۳۹۷). تأثیر معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر عزت-نفس و تاب‌آوری در افراد معتاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۶۲-۶۹.

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه؛ شاهمرادی، سمیه؛ رحیمی، فاطمه‌السادات و خالدیان، محمد (۱۳۹۹). بررسی عوامل تأثیرگذار در سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۳۴-۱۱.

هادیزاده مقدم، اکرم؛ رضائیان، علی؛ طبرسا، غلامعلی و رامین، حمید (۱۳۹۳). مهر ارائه مدل مدیریت رفتارهای کاری نابهنجار بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده. *مدیریت سازمانهای دولتی*، ۲(۷)، ۸۸-۶۵.

هاشمی مقدم، لیلیا؛ ترکان، هاجر و یوسفی، زهرا (۱۳۹۹). مطالعه کیفی عوامل محافظت‌کننده و مخاطره‌آمیز در اعتیاد در زنان و مردان شهر اصفهان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۵۰-۱۳۳.

هاوتون، کیت و سالکوس کیس، کلارک (۱۳۹۸). رفتاردرمانی شناختی. [ترجمه: قاسم‌زاده، حبیب‌الله]. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۹).

یوسفی، ناصر و خالدیان، محمد (۱۳۹۱). بررسی عوامل فردی، خانوادگی و محیطی گرایش افراد به مواد مخدر و اعتیاد. پیشگیری از وقوع جرم، ۷(۲۵)، ۹۴-۷۷.

References

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2004). Questions raised by a reasoned action approach: comment on ogden (2003). *Health Psychology*, 23(4), 431-434.
- Andersson, H., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 90, 222-228.
- Bauer, S., Strik, W., & Moggi, F. (2014). Motivation as a predictor of drinking outcomes after residential treatment programs for alcohol dependence. *Journal of addiction medicine*, 8(2), 137-142.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 21- 47.
- Kassani, A., Niazi, M., Hassanzadeh, J., & Menati, R. (2015). Survival analysis of drug abuse relapse in addiction treatment centers. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 4(3), 23-40.
- Klein, M. (2021). Relapse into opiate and crack cocaine misuse: a scoping review. *Addiction research & theory*, 29(2), 129-147.
- Larissa, J., Mooneya, B., Valdeza, J., Sarah, J., Cousinsa, C., Yooa, C., Zhua, Y., & Hser, Y. (2020). Patient decision aid for medication treatment for opioid use disorder (PtDAMOUD): Rationale, methodology, and preliminary results. *Journal of substance abuse treatment*, 108, 115-122.
- Rahmati, A., Zeraat Herfeh, F., & Hosseini, S.O. (2019). Barriers to quitting addiction in Iranian women: a qualitative study. *Iranian red crescent medical journal*, 21(5), 65-76.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Zeledona, I., Westb, A., Antonyc, V., Tellesd, V., Begaya, C., Hendersona, B., Jennifer, B., & Claradina, S. (2020). Statewide collaborative partnerships among American Indian and Alaska Native (AI/AN) communities in California to target the opioid epidemic: Preliminary results of the Tribal Medication Assisted Treatment (MAT) key informant needs assessment. *Journal of substance abuse treatment*, 108, 9-19.